

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

N°

368

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André SOULAIRAC

né le 17 Juin 1913, à MAUBEUGE (Nord)

Les

**Réactions Pseudo-Mélancoliques
chez les Pervers**

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE, professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

1937

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1937

THÈSE

No

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

André SOULAIRAC

né le 17 Juin 1913, à MAUBEUGE (Nord)

Les

Réactions Pseudo-Mélancoliques
chez les Pervers

Président : M. LAIGNEL-LAVASTINE professeur

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1937

Seyen

G. ROUSSET

I. — Professeurs

MM

Anatomie
 Physiologie
 Physique médicale
 Chimie médicale
 Bactériologie
 Parasitologie et histoire naturelle médicale
 Pathologie médicale et générale
 Pathologie médicale
 Pathologie chirurgicale
 Anatomie pathologique
 Histologie
 Pharmacologie et matière médicale
 Thérapeutique
 Hygiène et médecine préventive
 Médecine légale
 Histoire de la médecine et de la chirurgie

ROUVIERE
 Léon BINET
 STROHL
 POLONOVSKI
 Robert DEBRÉ
 FRUMPT.
 BAUDOUIN
 ABRAMI.
 CHEVASSU
 ROLSSY.
 CHAMPY.
 TUFFEYNEAU
 HARVIER.
 TANON.
 BALTHAZARD
 LAIGNEL.

Pathologie expérimentale et comparée
 Hydrologie thérapeutique et climatologie

LAVASTINE
 FIESSINGER
 Maur. VILLARET
 LOEPER.

Clinique médicale

CAKNOT.
 Marcel LABBE.

Hygiène et clinique de la première enfance
 Clinique des maladies des enfants
 Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale
 Clinique des maladies cutanées et syphilitiques
 Clinique des maladies du système nerveux
 Clinique des maladies infectieuses

CLERC.
 LEREBOULLET
 NOBECOURT
 H. CLAUDE.
 GOUGEROT
 GUILLAIN.
 LEMIERRE
 CUNEO.

Clinique chirurgicale

GOSSET.
 GREGOIRE

Clinique ophtalmologique
 Clinique urologique

LENORMANT
 TERRIEN.
 MARION

Clinique d'accouchements

BRINDEAU
 COUVELAIRE

Clinique gynécologique
 Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
 Clinique thérapeutique médicale
 Clinique oto-rhino-laryngologique
 Clinique thérapeutique chirurgicale
 Clinique propédeutique
 Clinique de la Tuberculose
 Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte
 Clinique cardiologie

JEANNIN.
 MOCQUOT
 OMBREDANNE
 RATHIERY
 LEMAITRE.
 Pierre DUVAL
 SERGENT.
 BEZANCON.
 MATHIEU.
 LAUBRY

Professeurs sans chaire

HOVELACQUE
 MULON.
 OLIVIER.
 VERNE.

II. — Agrégés en exercice

MM

AMELINE..... Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale.
 BENARD Henri Pathologie médicale.
 BERNARD Et... Pathologie médicale.
 BESANCON (J.) Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale.
 FEY Physique.
 DCGNON Urologie.
 FUNCK-
 BRENTANO Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.

MM.

DE GAUDART
 D'ALLAINES Pathologie chirurgicale
 DE GENNES... Pathologie médicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL.. Obstétrique.
 LAROCHE Guy. Pathologie médicale
 LELONG Pathologie médicale.



MM.	
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LEVY (Mlle J.)..	Pharmacologie.
LEVY-VALENSI.	Neurologie et Psychiatrie
MENEGAUX ...	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU.....	Pathologie médicale.
MOULONGUET.	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN.....	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-	
DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.

MM.	
PIEDELIEVRE .	Médecine légale
PORTES	Obstétrique.
RENARD (L.) .	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIE	Chimie biologique.
SENEQUE	Pathologie chirurgicale
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique
WILMOTH	Pathologie chirurgicale

III. — Agrégés rappelés à l'exercice pour le service des examens

MM.	
ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-	
BERT.....	Physiologie.
GUENIOT.....	Obstétrique.

MM.	
LARDENNOIS....	Pathologie chirurgicale
LEROUX	Anatomie pathologique
NEVEU-	
LEMAIRE ...	Parasitologie.
PHILIBERT ...	Bactériologie.
VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV. — Agrégés chargés de cours de clinique annexe à titre permanent

MM.	
ALAJOUANINE..	} Clinique médicale
AUBERTIN	
BRULE	
CHABROL	
CHIRAY	
DONZELOT	
DUVOIR.....	
LIAN	
PASTEUR-	
VALLERY-RADOT	
SEZARY	

MM.	
BASSET	} Clinique chirurgicale
BROCC	
CADENAT	
GATELLIER ...	
HEITZ-BOYER ..	
MOURE	
QUENU	
SCHWARTZ	} Clinique obstétricale
VELTER	
ECAILLE	
LE LORIER	
LEVY-SOLAL ..	
METZGER	

V. — Chargés de cours

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
PHILIBERT, agrégé ...	Microbiologie.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

A MON PERE, LE DOCTEUR SOULAIRAC

ET A MA MERE

En témoignage de ma très affectueuse gratitude.

A MA GRAND'MERE

A MA SOEUR ET A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LAIGNEL-LAVASTINE
*Professeur d'Histoire de la Médecine et de la Chirurgie
à la Faculté de Médecine de Paris*

Qui nous a fait le très grand honneur
d'accepter la présidence de notre thèse.

Hommage de profonde et très respectueuse gratitude.

A MON MAÎTRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE MAUX

Médecin des Asiles

Qui a bien voulu nous suggérer
l'idée de ce modeste travail. En témoi-
gnage de respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES

MONSIEUR LE DOCTEUR J. LAUZIER

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

Médecin des Asiles

Secrétaire du Conseil Supérieur de l'Assistance publique

Qui m'initia à la psychiatrie et ne
cessa de me prodiguer ses précieux
conseils. En témoignage de ma très
grande reconnaissance.

MONSIEUR LE DOCTEUR A. BESSIERE

Ancien Chef de Clinique de la Faculté de Médecine de Paris

Médecin des Asiles

En témoignage de respectueuse re-
connaissance.

A MESSIEURS LES MÉDECINS-CHEFS
DE L'ASILE DE CLERMONT-DE-L'OISE :

MESSIEURS LES DOCTEURS PIGNEDE,
BROUSSEAU, BRIAU
Médecins des Asiles

A MES CAMARADES D'INTERNAT DE CLERMONT

LES REACTIONS PSEUDO-MELANCOLIQUES

CHEZ LES PERVERS

“ Ἡθὺς ἐστὶ πηγὴ βίου, ἀφ’ ἧς αἱ,
κατὰ μέρος, πραζεῖς ῥέουσι ”

« Le caractère est la source de la
vie, d'où, goutte à goutte, s'écoulent
les actions. »

ZÉNON.

INTRODUCTION

Au cours de notre internat à l'Asile public d'aliénés de Clermont, il nous a été donné d'observer quelques cas de réactions présentant un caractère mélancolique chez des malades atteints de perversions instinctives et de troubles évidents du caractère. Sur les conseils de M. le Docteur LE MAUX, Médecin des Asiles, nous avons cru intéressant de recueillir les observations de ces malades et d'en analyser les modalités cliniques.

Nous nous proposons, dans ce travail, de décrire les différentes variétés de ces réactions, de démontrer combien elles diffèrent par leur étiologie et leur pathogénie, des réactions de la mélancolie vraie, d'en étudier le mécanisme psychologique et également de mettre en évidence le problème qu'elles posent, ainsi d'ailleurs que l'ensemble des perversions instinctives, au point de vue médico-légal.

Mais avant d'entreprendre notre travail, nous de-

vons exprimer toute notre gratitude à M. le Professeur LAIGNEL-LAVASTINE, qui nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, et à M. le Docteur LE MAUX, qui a bien voulu nous en suggérer l'idée et nous aider de ses conseils.

Nous devons aussi faire appel à l'indulgence de nos lecteurs, persuadé que nos efforts ne sauraient apporter à l'étude de notre sujet qu'une contribution bien faible. Aussi, loin de nous la prétention de nous être mis à l'abri de toute critique. Si nous avons pu seulement réunir quelques faits dont puissent tirer parti ceux qui reprendront après nous cette étude, nous serons trop heureux encore d'apprendre par la suite que notre travail n'est point resté stérile.

CHAPITRE PREMIER

CONSIDERATIONS GENERALES SUR LA PERVERSITE ET LES PERVERSIONS INSTINCTIVES

L'activité biologique et morale de l'homme se manifeste par la mise en jeu de tendances qui ont pour effet d'assurer : d'une part, la conservation de l'organisme ; d'autre part, la reproduction et la conservation de l'espèce ; enfin, l'adaptation de l'individu au groupe social, dont la collaboration est indispensable à son complet développement. Ce sont là les grands instincts primitifs, et c'est en ce sens général et profond qu'il faut entendre le mot « instinct » lorsqu'on parle de « pervers » et de « perversion instinctive ».

Ainsi considérés, les grands instincts se manifestent normalement sous la forme de tendances multiples et variées. Les perversions de ces tendances constituent précisément toute la personnalité psychique du pervers. Nous pouvons ainsi préciser avec DUPRÉ le sens du terme de perversions instinctives. Ce sont « les anomalies constitutionnelles des tendances de l'individu, considéré dans son activité morale et sociale ». Cette perversité morale est donc une inversion des instincts affectifs et moraux, et partant, un mode de déséquilibre psychique. En effet, de l'étude de l'ascendance et de la collatéralité des pervers instinctifs se dégage avec évidence la notion de

l'existence de tares névro-psychopathiques, généralement multiples et variées, dans l'hérédité de ces sujets. Les perversions instinctives représentent, dans la famille névropathique, un des éléments les plus fréquents, souvent d'ailleurs associé chez le même sujet à d'autres tares dégénératives. Parmi ces tares, les plus souvent observées sont les autres formes de débilité et de déséquilibre psychiques : débilité de l'intelligence, fréquemment sous forme d'infantilisme psychique et particulièrement de mythomanie et d'hystérie ; débilité de l'activité volontaire sous forme soit d'inertie et de paresse, d'incapacité d'effort, d'instabilité avec tendance au vagabondage ; les troubles de l'émotivité et du caractère ; la constitution paranoïaque, les alternatives d'excitation et de dépression ; enfin, l'épilepsie, dans ses différentes modalités psychiques et motrices. On constate, naturellement, la fréquence, chez les pervers, des stigmates physiques et mentaux de la dégénérescence, et les marques plus ou moins spécifiques de l'hérédosyphilis, de l'hérédotuberculose et surtout de l'hérédoolcoolisme.

Sous les différentes appellations qu'ont employées tous les auteurs qui se sont occupés de l'étude de cette forme de déséquilibre psychique, c'est toujours la même notion fondamentale qui est invoquée pour expliquer l'origine innée, la nature constitutionnelle, la durée permanente et le caractère irréductible des tendances que manifestent ces sujets à suivre une conduite anormale, à adopter des mœurs singulières et surtout à commettre des actes préjudiciables à eux-mêmes et dangereux pour autrui.

RÉGIS a résumé admirablement l'état mental de ces malades dans la réunion des principaux stigmates suivants : amoralité, inaffectivité, inadaptabilité, impulsivité.

D'autre part, on peut admettre, avec WALLON, que les réactions perverses se manifestent dans leur qualification et leur intensité les plus marquées dans les syndromes psychomoteurs d'hypertonie et dans les syndromes d'automatisme émotivo-moteur. C'est dans ces syndromes que l'élément de perversité est le plus caractéristique, car la réaction perverse authentique n'est pas seulement une libération instinctive, mais elle représente une forme systématisée qui trouve dans son cycle sa finalité, une satisfaction artificielle, un plaisir.

Or, dans les syndromes d'hypertonie, on note une orientation projective de l'activité. Sans doute, est-ce le mode d'activité fruste que l'on observe le plus souvent. Le sujet est violent, buté et versatile. Les modes réactionnels sont brutaux et contradictoires. L'arrière-fond du caractère est fait de paresse, de lenteur, d'inertie. A la contracture semble correspondre la rétivité : rétivité figée, insensibilité absolue aux encouragements, aux promesses, aux menaces ; méfiance, insociabilité, effronterie.

Aux troubles du tonus spasmodique correspondent l'humeur réfractaire, le goût de la « bravade ». La rétivité devient rébellion. Le goût du contre-pied, de l'opposition dans l'ordre intellectuel devient « esprit de contradiction ». Il y a persévération aveugle dans l'attitude.

Dans les syndromes d'automatisme émotivo-moteur nous touchons à la perversité la plus authentique. Elle se double d'un état affectif d'insatisfaction comme l'impulsion-obsession se double d'angoisse, si nous pouvons envisager une telle comparaison. Il y a dans la perversité besoin de défi, et c'est ce qui fait que des réactions de salacité ne sont, chez les idiots, que défaut de dignité, et chez les pervers goût

du dégoût des autres et de soi-même. Les goûts du pervers traduisent tous une inversion habituelle de la sympathie : recherche de la souffrance d'autrui, besoin de salir, de casser, de détruire : c'est la cruauté.

L'avantage d'une telle conception est de bien nous montrer ce qu'est la réaction perverse, la perversité vraie. Elle se tient entre l'impulsion aveugle à peine créatrice de jouissance et l'obsession-impulsion doublée d'angoisse vertigineuse. C'est un trouble du comportement instinctivo-moteur qui rentre essentiellement dans le plaisir de laisser aller ou de contracter ses actions dans la voie du mal. Il y a, au fond de toute perversité la joie mauvaise qui suppose que l'acte ou la série des actes pervers est d'une essence déjà complexe, sociale et morale.

En fait, ces anomalies n'ont de conséquences fâcheuses que si le pervers trouble spécialement l'ordre familial ou social, commet des délits ou des crimes. Ceci a pour conséquence importante que le groupe des pervers est principalement représenté par les récidivistes des tribunaux. Aussi la prison est-elle, bien plus que l'asile, le lieu de sélection et d'observation de tels sujets. En effet, le conflit permanent entre la loi pénale et ces êtres antisociaux se traduit, dans la vie des pervers instinctifs, par une délinquance à répétition et une criminalité fréquente. Cependant, à la rigueur, cette délinquance peut faire défaut. Mais alors, il y a toujours un fait primordial, décisif, absolument constant qui domine toute l'histoire des perversions instinctives, c'est l'inadaptabilité sociale du pervers. Cette incapacité d'adaptation à toutes les formes de la vie collective se traduit à chacune des périodes de l'existence individuelle par des réactions caractéristiques de la part du sujet. Et ce sera cette inadaptabilité qui résumera l'odyssée du pervers.

CHAPITRE II

MODALITES REACTIONNELLES DES PERVERS

La première conséquence de cette inadaptabilité sociale du pervers, et aussi la plus importante, va se traduire par la fréquence des réactions antisociales. Ces diverses réactions vont se nuancer selon la vie familiale, scolaire, militaire, conjugale, professionnelle, judiciaire, administrative, pénitentiaire, mais elles aboutissent toujours aux mêmes crimes et délits de vol, d'incendie, d'homicide, d'attentat aux mœurs, de vagabondage banal et spécial. Les pervers sont des parasites vivant en dehors de la société.

Successivement considérée sous toutes ces faces, la personnalité du pervers se révèle inapte à la vie de famille, dès la première enfance ; et plus tard, à la vie conjugale, par son irritabilité ou son indifférence, par son inaffectivité ou sa malignité, la dépravation de ses appétits, de ses goûts et de ses habitudes, son instabilité ; inapte à la vie de l'école, où il réalise un type particulier, parmi les enfants anormaux, par son agitation et son indocilité ou sa paresse et son apathie, son incapacité d'attention et d'effort ; inapte à la vie du régiment, par son indiscipline, sa négligence, ses désertions, ses révoltes ; inapte à la vie de travail, de ponctualité et d'application que nécessite l'exercice d'une profession, par son instabilité, sa vanité, ses sentiments de jalousie et de défiance ; inapte enfin à la vie normale et régulière, à cause de ses tendances

à la délinquance et à la criminalité d'une part, et d'autre part, à cause de ses habitudes de débauche et de boisson, et de ses prédispositions psychopathiques.

Dans tous les milieux où il séjourne, le pervers est un fléau, car il devient partout un agent de corruption, d'indiscipline, de révolte et d'active contagion du vice.

Mais si déjà, dans la vie courante, le pervers joue le rôle d'un véritable fléau, dès que pour une cause ou une autre il est placé dans un établissement spécial, maison de préservation ou asile d'aliénés, il devient véritablement un être à part, dont les personnes qui en ont la charge ne peuvent venir à bout. En effet, non seulement le pervers, changé ainsi de milieu, sentant le caractère quelque peu exceptionnel de sa situation sociale, comprenant combien les répressions pénales l'atteignent peu, devient absolument asocial, tant pour ses compagnons que pour ses gardes, mais encore il va essayer par tous les moyens de se faire remarquer et d'attirer de multiples ennuis à ceux qui l'entourent. Il sera calomniateur, dénonciateur, fabulateur, non pas tant dans un sens mythomane, mais plutôt dans le sens antisocial.

Et, comme de par son placement dans un établissement spécial il peut beaucoup moins facilement nuire, ce sera sur lui-même qu'il va tourner son activité perverse. Il va se livrer à des actes plus ou moins complets, plus ou moins bien étudiés et combinés, mais qui tous chercheront à atteindre l'intégrité de sa propre existence.

C'est l'ensemble de tous ces actes ayant pour but ou semblant avoir pour but d'attenter à leur propre existence que nous avons appelé « les réactions pseudo-mélancoliques des pervers ».

En effet, n'est-ce pas le propre du mélancolique que d'essayer de se rayer du nombre des vivants, de se mutiler, de faire tout en sorte que l'existence pour lui ne soit qu'éphémère, et qu'en plus, ce qu'il lui reste à être vécu ne soit qu'un châtement destiné à le punir de ses fautes imaginaires ? On peut dire que le suicide, l'auto-mutilation, le refus d'aliments sont des réactions qui, si elles ne sont pas, à proprement parler, spécifiquement mélancoliques, n'en restent pas moins très typiques de cet état psychopathique et s'y rencontrent avec le plus de fréquence.

Cependant, il faut reconnaître que, chez le pervers, ce type de réactions que nous qualifierons d'anti-sociales, n'est pas très fréquent. C'est d'ailleurs un peu en raison de sa rareté relative que nous avons cru intéressant de recueillir quelques observations de réactions à type mélancolique chez les pervers et d'essayer d'en extraire une sorte de systématisation clinique et d'étude psychologique de ce genre de réactions.

Mais, auparavant, il nous faut faire remarquer que rien n'est plus variable que la réaction à type mélancolique : elle peut aller, en effet, depuis la simple dépression, état de mutisme, de stupeur, jusqu'au suicide brutal, en passant par toute une série d'intermédiaires qui seront : le refus d'aliments, l'auto-mutilation. D'autre part, il est une variété de troubles qui acquièrent une grande importance chez le mélancolique et que nous retrouverons en partie chez le pervers, du moins à l'état d'ébauche ; ce seront les troubles de la mimique : faciès triste, figé, pleurs, lamentations, et tout le cortège des réactions du visage et du corps qui, d'une manière courante, traduisent l'état de douleur morale. Bien souvent nous les retrouverons à un degré très marqué chez le pervers. Ce dernier nous fera même croire à des préoccupations hypocondria-

ques, à des idées profondément mélancoliques, mais qui, à l'analyse approfondie, se révéleront superficielles, sans fondement, et surtout ayant un caractère de simulation poussée au plus haut degré. De plus, sachant la possibilité d'une association de la psychose perverse et d'une psychose périodique, nous pourrions parfois croire à un état franchement dépressif chez un pervers. En réalité, dans la très grande majorité des cas, l'étude du comportement de ce pervers, l'analyse de ses diverses réactions concomitantes, nous prouverons que cette association n'existe que très rarement et que dans nombre de cas nous nous trouvons devant des manifestations strictement et uniquement perverses, affectant une allure pseudo-mélancolique

CHAPITRE III

OBSERVATIONS CLINIQUES

Suivant en cela le vieil adage : « La leçon des exemples vaut mieux que celle des préceptes », nous allons vous présenter une série d'observations cliniques : les malades de ces observations sont tous, à des degrés différents, atteints de perversions instinctives et de troubles du caractère. Au point de vue du sujet qui nous occupe, nous n'avons pas séparé les différents aspects syndromiques de ces malades et le lecteur pourra s'apercevoir que la psychose constitutionnelle perverse, les états de perversions symptomatiques, les états de perversions isolées voisinent, s'intriquent, et en réalité présentent, dans notre étude, le même intérêt. Tous ces malades, en effet, quel que soit leur cadre nosologique, vont nous présenter les mêmes réactions.

■

OBSERVATION I

(Asile de Clermont, Service du Docteur LE MAUX)

Mlle B... Jeanne, 19 ans, vient de l'Ecole de préservation de Clermont.

Certificat d'internement : « Est atteinte de déséquilibre mental avec prédominance des troubles de la sphère affective ; crises névropathiques s'accompa-

gnant d'anxiété intense, agitation motrice avec cris, propos incohérents, idées actives de suicide, réactions violentes ».

Cette malade est pupille de l'A. P. non reconnue. Croit même que son nom lui a été donné par l'A. P.

Elevée à Tours-en-Bessin par une mère nourricière qu'elle aimait bien. Va à l'école jusqu'à 13 ans. Obtient son certificat d'études, mais déjà à ce moment on la signale comme dissipée.

A sa sortie de l'école elle est placée à la campagne, mais elle n'y reste même pas deux mois. Elle fait une tentative d'empoisonnement sur ses patrons avec de la taupicine. Elle donne comme excuse : « ils étaient mauvais — elle prenait tout à cœur, — elle s'ennuyait de sa mère nourricière ». A la suite du procès provoqué par cet attentat manqué elle est condamnée à séjourner jusqu'à sa majorité dans une école de préservation. Elle est alors placée à Cadillac. Elle y est signalée comme indisciplinée. « Elle ne pouvait pas supporter qu'on la frappe », déclare-t-elle. Elle déclare avoir perdu sa virginité à l'âge de 12 ans avec un garçon de 19 ans. A aimé un ami. Elle dit qu'il voulait voler et que c'est pour l'aider qu'elle a essayé d'empoisonner ses patrons. Au point de vue antécédents, déclare avoir fait de nombreuses maladies : abcès, angines, oreillons, rougeole, etc... (assez mauvaise santé).

A la maison de Cadillac, nombreux rapports sur la malade : on y relève grossièretés et menaces de suicide ; elle y est signalée fréquemment comme anormale au point de vue mental.

Le médecin de la colonie aurait donné successivement comme diagnostic : D. P. possible, puis « crises pithiatiques », et enfin : perverse instinctive typique.

En juillet 1934, elle est transférée à la maison de

préservation de Clermont pour tentative de suicide. Son examen psychiatrique, pratiqué à ce moment, nous révèle :

Mémoire très bonne.

Attention régulière.

Jugement sain au point de vue strictement intellectuel.

Affectivité : normale vis-à-vis de sa mère nourricière ; « amitié » purement sentimentale depuis deux ans. Homo-sexualité de circonstance ; n'aime pas les filles ; guidée par une affectivité presque anarchique.

Au cours de l'examen, rires convulsifs ; crises de nerfs au cours desquelles dit des choses dont elle ne se rend pas compte.

Très déprimée — idées très actives de suicide, — refus d'aliments : « elle fera toutes les bêtises qu'elle pourra faire, veut « crever ». Auto-mutilation : dix-neuf épingles dans les seins pour qu'il lui vienne du mal ; une dans le genou ; trois épingles doubles dans le vagin, dont deux ont été retirées.

Idée de vengeance vis-à-vis de C..., qui a fait exprès de lui faire perdre sa sagesse.

Au cours de son séjour à la préservation de Clermont, le rapport administratif signale qu'elle a été camisolée 82 fois. Au point de vue statistique morale, elle a de nombreuses punitions ; elle réussit cependant à obtenir le tableau d'honneur ; elle le perd d'ailleurs bientôt pour avoir cassé dix-huit carreaux à l'infirmerie, où elle était malade.

Voici d'ailleurs les observations journalières des derniers jours qu'elle a passés à l'école de préservation :

21 août 1936 : Mise à l'infirmerie. Symptômes d'embarras gastrique fébrile ; vomissements ; inap-

pétence ; température vespérale : 38°5 ; aspect déprimé ; tendance à la somnolence.

22 août 1936 : Amélioration de l'état général ; température normale. Cependant, refus presque complet d'aliments ; cherche à bavarder avec ses camarades ; à la suite d'une réflexion de l'une d'elles, colère violente au cours de laquelle a cassé dix-huit carreaux. Descendue en cellule.

25 août 1936 : Dépression persiste ; refus presque complet d'aliments ; déclare avoir des hémoptysies (?). A l'auscultation, pas de signes de lésion pulmonaire.

Semble, au point de vue intellectuel, de niveau normal. Au point de vue affectif, manifeste avec violence des sentiments d'affection passionnée ou de haine véritable ; manifeste un dégoût absolu de la vie : « elle voudrait mourir parce que sa mère nourrice ne l'aime plus ». « Elle ne mangera que si une des surveillantes vient la voir », etc... Par moment, maniérisme puéril, zéaïement. Maintenu en cellule, où elle reçoit les soins et le régime nécessaires à son état. Note tendance auto-mutilatrice : dix-neuf épingles dans les seins, une dans le genou.

28 août 1936 : Accepte de prendre quelque nourriture depuis la veille ; sort de cellule ; au quartier : attitude déprimée.

30 août 1936 : Se plaint d'insomnie ; température normale. A 19 heures, cris au quartier correctionnel ; quelques minutes après avoir ingéré du sirop de chloral dans une tisane, a semblé présenter un état oniroïde ; a cru voir sa mère nourrice à côté d'une compagne (d'ailleurs absente), qui avait les mains couvertes de sang ; simule une crise d'agitation anxieuse intense avec hurlements ; se roule par terre, se frappe la tête sur le sol ; semble à peine reconnaître les personnes qui l'entourent. On lui fait une morphine

à 0,01 ; l'agitation motrice se calme en une demi-heure environ.

31 août 1936 : Rectification de l'état oniroïde de la veille. Admet que « c'était un rêve » ; dépression extrême ; refus d'aliments au déjeuner ; demande à quitter l'infirmerie ; rejoint ses compagnes avec qui elle se montre absolument normale. Vers 14 heures, nouvelle crise pseudo-anxieuse ; on ne s'occupe pas d'elle, la crise se calme spontanément ; la malade s'endort rapidement.

Au dîner, accepte de s'alimenter.

A la suite de cet épisode elle est internée à l'asile de Clermont.

Le certificat immédiat (Docteur Le Maux) est le suivant : « Est atteinte de troubles du caractère et du comportement avec tendances perverses, Condamnée, à l'âge de 14 ans, à séjourner jusqu'à sa majorité dans une école de préservation pour tentative d'homicide sur ses patrons. Vient de l'Ecole de préservation de Clermont. Reconnaît être parfois violente et avoir cassé dix-huit carreaux. Dit s'être enfoncé à plusieurs reprises des aiguilles sous la peau. Actuellement une aiguille est perceptible au palper sous la peau de la jambe gauche. A admettre et à observer ».

A l'interrogatoire la malade raconte très facilement, avec détails et avec complaisance même, la tentative d'empoisonnement initiale. Elle reconnaît également aisément tous les faits d'indiscipline, de brutalité, de mauvais caractère qui lui sont reprochés. Mais, évidemment, elle déclare avoir accompli tout cela « dans des crises de nerfs » ou bien « parce qu'on m'avait fait des méchancetés ». Quant à ses tentatives de suicide et d'auto-mutilation, voici ce qu'elle explique : « A Cadillac, j'ai essayé de me

jeter d'une fenêtre, on m'a retenue dans le vide. C'est parce que je m'ennuie de ma mère. » — « Quand j'étais agacée, je me mettais des épingles dans la chair, il me semble que cela me passe ma colère. » Au moment de cet interrogatoire elle nie toute idée de suicide et ne paraît aucunement entretenir d'idées mélancoliques.

L'examen physique ne révèle rien de spécial : langue saburrale, pas de tremblements ; les pupilles sont égales et réagissent ; les rotuliens sont faibles.

A son arrivée dans le service, la malade se montre assez calme, elle s'alimente normalement, chante et rit. Elle s'occupe même un peu à la couture. Cette bonne période dure environ un mois. Puis les observations journalières commencent à mentionner que la malade devient grossière, se met en colère et menace de frapper d'autres malades ; le lendemain le rapport est le suivant : « Vers 5 heures, au moment où une infirmière camisolait Mme C... la malade s'est battue contre Mme V... avec une chaise ; insulte les infirmières parce qu'elles ne sont pas près d'elle. »

Quelques jours après on doit la changer de salle. Quelque temps se passe, puis la malade se plaint d'avoir mal au ventre, ne veut prendre que du lait et reste la tête cachée sous les draps. Deux jours plus tard, après le repas, la malade se force à vomir en s'introduisant les doigts dans la bouche. Elle reste très rébarbative et se plaint d'être mal soignée. Elle refuse qu'on lui prenne sa température.

Elle passe pendant quelque temps par des alternatives de mutisme partiel (refus de répondre au médecin), de grossièretés et de gaîté. D'une manière générale, cependant, son humeur est très souvent mauvaise et elle menace fréquemment le personnel infirmier.

3 décembre : Elle se montre particulièrement grossière et violente, menace de frapper l'interne et doit être maintenue.

Le 4 décembre : Agitée, grossière ; insulte l'interne, lui crache à la figure ; mord les infirmières, se roule par terre, se cogne la tête contre les murs, se bat avec d'autres malades ; s'alimente très peu ; déclare que tôt ou tard elle arrivera à frapper, soit le médecin, soit l'interne.

Le 6 décembre : Blesse une malade à la jambe ; menace de tuer l'interne ; doit être maintenue ; arrache sa camisole.

Les jours suivants : Elle reste toujours très énervée et se plaint de souffrir du ventre malgré les signes cliniques négatifs.

Le 9 janvier : Très violente dans la matinée ; s'introduit une aiguille dans le ventre ; déclare en avoir avalé deux autres ; doit être maintenue ; s'alimente très peu.

Le 14 janvier : Se plaint du ventre ; très coléreuse ; se laisse tomber de son lit ; dit qu'elle fera la comédie ; injection de somnifène.

Le 15 janvier : Egarée ; pleure ; se montre très résistante au moment de sa piqûre de somnifène ; se laisse encore tomber de son lit.

Le 19 janvier : Gémit ; dit avoir mal partout.

Le 20 janvier : Calme ; pleure et gémit ; par intervalles, lorsqu'elle croit que la surveillance se relâche, bavarde avec ses voisines d'une manière souriante.

Pendant quelque temps, légère amélioration ; la malade se montre plus calme, ne se plaint plus, s'alimente très normalement et consent même à s'occuper un peu au ménage.

Le 11 mars : Très énervée ; insulte plusieurs infirmières ; leur tire les cheveux ; jette son couvert dans

les ampoules électriques ; renverse un baquet d'eau ; déchire quatre camisoles ; menace de frapper le médecin.

Le 12 mars : Reste énervée dans la journée ; chante ; se montre grossière ; profère des menaces à l'égard du médecin et du personnel.

Le 13 mars : Agitée ; très grossière ; crache partout ; se bat avec des infirmières ; casse le panneau de la porte du dortoir à coups de pied.

Le 14 mars : Très énervée ; a été maintenue ; déchire sa camisole ; une seconde fois casse le panneau de la porte ; est mise en cellule ; casse un carreau et se coupe volontairement, avec les débris de verre, aux jambes, à la main droite, au bras droit et au sein droit. A eu des points de suture ; cherche à enlever son pansement.

Le 15 mars : Enlève son pansement.

Le 16 mars : Arrache son pansement ; très exigeante ; se fait vomir.

Le 17 mars : Défait son pansement ; fait saigner les plaies ; est maintenue ; s'alimente, mais se fait vomir aussitôt.

Le 21 mars : Toujours très énervée ; démonte son lit ; arrache son pansement, prend la bande pour s'étrangler, se met des lambeaux de papier dans la gorge.

Le 24 mars : Réclame une piqûre ; menace de tout casser si on ne veut pas lui en faire une.

La malade, à l'heure actuelle, continue à ne pas vouloir se laisser soigner ses blessures volontaires et se montre toujours aussi insupportable. Nous ne pouvons mieux terminer cette observation qu'en citant quelques passages d'une lettre que la malade a écrite au médecin-chef : « ...Vous exagérez vraiment un peu trop, surtout que vous ne m'avez pas enlevé les ai-

guilles que j'ai au ventre et qui me font grand mal. Si j'ai mal vous me direz que c'est ma faute, ça j'en conviens, mais j'espérais un meilleur résultat et je vois que ce n'est que souffrance. De la façon dont elles sont posées, elles ne pourront jamais pointer, au contraire, elles ne font qu'enfoncer un peu plus chaque jour, car elles sont droites vers l'intestin. Maintenant, quand je ne mange pas, ce n'est pas de l'entêtement, non ; mais à quoi bon me sert de manger pour vomir ? Surtout quand une infirmière vient vous dire à votre nez : « Ah ! Ginette, tu nous dégoûtes à vomir toujours ! ». Alors, Docteur, je n'ai rien répondu tellement j'étais vexée, mais pour quoi sont-elles faites ?... Je préfère ne pas manger encore une fois de plus que m'entendre dire toujours de telles méchancetés. Vous pourrez me faire mettre la sonde, cela m'est égal, vu que je l'ai déjà eu trois mois de suite tous les jours... »

OBSERVATION II

(Asile de Clermont. Service du Docteur BROUSSEAU)

M... Thérèse, 17 ans. Internée pour la première fois en juillet 1933.

Le certificat de quinzaine donnait les renseignements suivants : « Est atteinte de perversions instinctives avec troubles du caractère, mythomanie malignité. Cette enfant présente une arriération mentale légère (âge mental en retard de un an sur l'âge réel), réactions humores négatives ».

Son internement avait été demandé par ses parents qui, en raison de l'indocilité et du caractère asocial de leur enfant, ne pouvaient plus continuer à s'occuper

d'elle d'une manière suffisante. L'interrogatoire que la malade subit de bonne grâce nous révèle les détails suivants :

La malade a été renvoyée du Bon-Pasteur d'Angers. Elle allait en classe, où, dit-elle, elle était insupportable. Elle reconnaît facilement qu'elle était très indocile avec ses parents : elle volait même des sous à sa mère. Elle signale qu'elle était sujette à de l'énurésie nocturne. L'examen physique ne révèle rien de particulier : développement physique normal ; voute palatine légèrement ogivale ; réflexes rotuliens normaux ; les pupilles réagissent.

Au cours de ce premier internement la malade se montre assez calme, ne présente pas de réactions impulsives trop violentes et paraît assez docile et facile à diriger. Aussi sort-elle de l'asile en novembre 1933.

En septembre 1934 la malade est ramenée à l'Asile de Clermont après avoir fait un séjour à la Fondation Vallée. A son entrée dans le service elle se montre très turbulente, mal polie, grossière, malpropre ; elle s'alimente et dort bien. On essaie de l'occuper à la buanderie, mais elle reste très grossière envers les autres malades et le personnel, et, de plus, doit être très surveillée, car elle cherche à entrer en rapport avec des ouvriers qui travaillent à cette buanderie. Pendant quelque temps on ne signale rien de particulier à son sujet, sinon qu'elle continue à être très grossière et qu'elle se bat parfois avec d'autres malades.

Le 27 janvier, le rapport signale que chaque soir elle essaie, à l'aide soit d'une serviette, soit d'un drap ou de quelque autre objet, de se faire du mal ; veut que le personnel s'occupe constamment d'elle ; doit être maintenue et surveillée étroitement ; alimentation capricieuse.

3 mars : Ne veut pas accepter les draps que lui donne l'infirmière, la gifle ; prétend ne pas se coucher ; reste assise sur son lit avec un livre en mains ; plusieurs infirmières sont nécessaires pour la coucher.

8 mars : A été alitée à l'infirmierie après avoir voulu s'étrangler avec des cordons de bas réunis ensemble. On lui retire ses cordons, et elle arrive à s'en procurer d'autres ; est maintenue ; pleure une partie de la matinée ; l'après-midi se montre insolente envers les infirmières ; cherche constamment à se détacher.

9 mars : Toute la matinée la malade tire sur les cordons de sa camisole, cherche par tous les moyens à se faire du mal ; crache sur les infirmières ; trouve le moyen de déchirer le drap qui la maintient ; pleure, demande qu'on la détache ; regrette son acte ; s'alimente bien ; est calme l'après-midi.

10 mars : Se lève, mais reste étroitement surveillée ; se montre docile et polie.

11 mars : Le soir, au coucher, demande de l'huile goménolée pour ses narines ; n'étant pas servie de suite, elle se fâche, insulte l'infirmière ; elle va aux W.-C., y reste vingt minutes sans nécessité, guette derrière la porte les faits et gestes du personnel. Plusieurs infirmières sont nécessaires pour la ramener à son lit ; elle menace de frapper et cracher ; s'enfouit sous ses draps ; puis elle redevient plus calme et même s'excuse de ce qu'elle a fait.

14 mars : Mlle M... prétend ne pas se coucher à l'heure de la ronde. On la met au lit ; elle n'y reste pas, se lève, défait son lit ; jette un regard méfiant sur l'infirmière qui l'observe, puis se passe son drap autour du cou, se met le traversin sur la tête, arrache les cordons de ses bas pour s'étrangler.

20 mars : Ramasse dans la cour des débris de vitres cassées par une malade quelques instants auparavant,

cherche à se couper le poignet et un doigt, elle ne se fait d'ailleurs que de très légères entailles. A l'infirmerie où elle est maintenue et alitée, elle crie sans arrêt, déchire plusieurs camisoles, se montre intolérable ; entre temps elle se moque du personnel infirmier qui s'occupe d'elle.

22 mars : Se montre plus calme, bavarde avec une amie.

Les jours suivants la malade continue à se montrer docile et même s'occupe un peu de menus travaux.

Nous devons ajouter qu'en plus de ces quelques tentatives de suicide, à plusieurs reprises la malade a essayé de se faire de légères blessures, s'est griffé le visage avec les ongles. D'autre part, dans le service, elle se montre très distante avec les autres malades et n'entretient des relations qu'avec une autre perverse de son âge. On les soupçonne fort de se livrer à des pratiques homo-sexuelles. Elles se montrent toutes deux d'ailleurs aussi désagréables et s'excitent mutuellement à l'indocilité et aux tentatives auto-mutilatrices.

La malade, interrogée à plusieurs reprises, tant après ces incidents d'auto-mutilation ou de suicide que dans leur intervalle, se montre soit très réticente, butée, prenant un air de défi et d'insolence, soit gaie, joyeuse, insouciant, paraissant considérer tous les faits qu'on lui reproche comme de menues bagatelles. En aucun moment on n'a pu déceler chez la malade d'idées mélancoliques. Enfin, la malade ne garde que peu de relations avec sa famille et les lettres qu'elle envoie à ses parents sont assez souvent pleines de menaces, pour le moment où elle espère être sortie.

OBSERVATION III

(Asile de Clermont. Service du Docteur LE MAUX)

Mlle G... Geneviève, 20 ans ; vient de la Préservation de Clermont.

Le certificat de quinzaine est le suivant : « Est atteinte de troubles du caractère avec tendances perverses ; condamnée à séjourner jusqu'à sa majorité dans une école de préservation pour prostitution ; aurait fait avant son internement une tentative de suicide et deux tentatives de mutilation. Aurait présenté également, il y a quelques années, des phénomènes d'excitation. Depuis son entrée à l'Asile s'est montrée calme et docile ».

Cette malade a été internée pour ses tentatives de suicide, mais depuis son entrée à l'Asile elle ne fait plus parler d'elle. Aussi est-ce l'interrogatoire qui nous fournira les renseignements qui nous manquent.

La malade se tient correctement et répond volontiers aux questions posées. Elle est à l'Ecole de préservation depuis quatre ans. On l'a condamnée à y séjourner jusqu'à sa majorité pour prostitution, cependant elle dit n'avoir été prostituée que pendant un mois. Sa mère s'est plaint de son départ de chez elle, et elle nie toute histoire de violences ou de vol. A la Préservation elle était souvent punie, avait un mauvais caractère, a fait beaucoup de cellule, tellement qu'on n'en peut compter le nombre de jours. Elle déclare : « dans un moment de cafard, j'ai voulu me faire du mal, j'ai voulu me couper le bras (cicatrice ancienne sur l'avant-bras gauche) ; je me mis aussi un cordon autour du cou, il y a peut-être quinze jours, mais je n'avais aucune envie de me tuer » ; actuellement la malade nie toute idée de suicide. Quand on lui de-

mande si elle n'a rien à se reprocher : « non, rien en dehors de ce que je viens de vous dire ». — Etes-vous dans la misère ? « Oh ! non, j'ai une sœur qui est très bien et qui m'attend ». Elle ne présente aucune idée de persécution, pas d'hallucinations. Elle déclare ne pas se connaître d'ennemis.

Lorsqu'on essaie de pousser un peu l'interrogatoire elle nous révèle des traits propres à son état pervers. « Récemment, à la fin de janvier, tout le temps qu'on m'a laissée en observation dans une cellule, j'ai chanté, ri, tapé dans ma porte. Je l'ai fait exprès parce que j'étais en colère. Je n'ai jamais eu la tête troublée. Quand j'ai voulu m'écorcher le bras, c'était dans une grande colère et non pour me tuer ; j'avais reçu une lettre de ma mère qui ne m'avait pas plu, elle m'avait écrit que j'étais une fille ingrate ; ça ne m'a pas plu. Je n'ai jamais eu de visions, ni de voix. »

Les épreuves destinées à déterminer son âge mental ne révèlent aucune arriération intellectuelle, ni même pédagogique.

L'examen physique ne montre rien d'anormal.

Depuis qu'elle est dans le service la malade s'est montrée calme et docile, elle n'est aucunement déprimée, n'a pas de délire. Elle promet d'ailleurs de rester calme jusqu'à la date prochaine de sa libération.

OBSERVATION IV

(Asile de Clermont. Service du Docteur LE MAUX)

Mlle P... Ferdinande, 20 ans ; vient de l'Ecole de Préservation. Le certificat de quinzaine est le suivant : « Est atteinte de dégénérescence mentale avec troubles du caractère et perversions instinctives. Con-

damnée à séjourner jusqu'à sa majorité à l'Ecole de Préservation de Clermont pour vol et recel. A fait, à la prison, plusieurs tentatives de mutilation et une tentative de suicide. S'y serait montrée souvent grossière et difficile. Y aurait également présenté de brefs accès d'agitation. Traitée quelques semaines en 1930 à l'Asile d'Esquermes ».

Cete malade a été à l'école jusqu'à 13 ans. Elle n'a pas obtenu son certificat d'études. Depuis quatre ans était placée à la Maison de Préservation pour vol et recel : elle avait volé une montre dans un hôtel et deux bagues et 200 francs chez un coiffeur. A la Préservation elle est signalée comme ayant une mauvaise conduite. Plusieurs rapports sont faits sur son compte. Elle est mise en cellule et c'est là qu'elle fait la tentative de suicide simulée en se coupant au bras (elle porte une plaie à l'avant-bras gauche avec trois agrafes) ; c'est ce qui l'amène à l'asile. Quelques mois auparavant elle avait déjà essayé de se mutiler ; elle s'était coupée au pli du coude, puis avait essayé de s'étrangler avec son mouchoir, après avoir été également mise en cellule pour mauvaise conduite. Quant on lui demande pourquoi elle a fait toutes ces tentatives, elle déclare que c'est parce que la cellule l'ennuyait et qu'ainsi on était obligé de la mettre à l'infirmerie. Elle déclare n'avoir rien à se reprocher si ce n'est le délit pour lequel elle a été condamnée. Elle ne manifeste aucun délire, n'a pas d'idées de persécution, ni de grandeur.

L'examen physique ne montre rien d'anormal si ce n'est un strabisme convergent droit et la présence d'une taie sur la cornée droite.

Dès son entrée dans le service la malade se montre de caractère très difficile. Elle refuse de s'alimenter, prétextant qu'elle n'a pas faim. Elle pleure, se la-

mente, mais, dans la nuit, converse avec sa voisine. Les jours suivants elle est plus calme et s'alimente normalement ; puis, dix jours après, nouveau refus d'aliments. Alimentation par sonde œsophagienne, et le lendemain la malade s'alimente normalement. Deux jours après, nouveau refus d'aliments, et ainsi ces alternatives se poursuivent pendant un mois et demi. Tantôt elle déclare être dégoûtée de tout, se plaint de maux imaginaires ; tantôt elle est souriante, presque exubérante, se montrant sous un jour tout à fait différent, allant même jusqu'à rendre de menus services au personnel infirmier.

Ce mieux persiste pendant un certain temps, pendant lequel la malade essaie de dominer ses mauvais instincts et sort de l'asile pour réintégrer l'Ecole de Préservation.

Elle n'y reste qu'un mois. En effet, elle essaie d'étrangler une de ses compagnes, sous prétexte que celle-ci a écrit un billet à son amie pour lui dire de se mettre avec elle. Elle est mise en cellule et de nouveau elle se blesse à l'avant-bras avec un morceau de verre et se fait deux longues plaies parallèles qui doivent être suturées. Elle entre donc de nouveau à l'Asile.

Au cours de ce nouvel internement elle se montre calme, docile, assez facile à diriger, très gaie. Elle s'alimente très normalement et demande à s'occuper au ménage, ce qui lui est d'ailleurs accordé.

Au bout de deux mois elle sort de l'Asile ; retourne de nouveau à la Préservation, d'où elle est sortie à sa majorité.

OBSERVATION V

(Asile de Clermont. Service du Docteur LE MAUX)

Mlle L... Marguerite, 18 ans, internée d'abord à l'Asile de Maison-Blanche pour tentative de suicide, puis transférée à l'Asile de Clermont.

Le certificat de quinzaine est le suivant : « Est atteinte de troubles de l'humeur et du caractère avec tendances perverses. Aurait eu une méningite cérébro-spinale à l'âge de 10 ans ; aurait eu des crises convulsives qui auraient débuté quelques mois plus tard et qui ont disparu il y a six mois ; la malade décrit ses crises comme ayant eu le caractère de crises épileptiques. Hospitalisée à cause de ces crises, internée à la suite de deux tentatives de suicide, faites à la Pitié, signalée par un médecin de l'Asile de Maison-Blanche comme présentant des crises d'hystérie ; aurait fait à ce même asile de nombreuses tentatives de suicide dépourvues de sincérité, absence de délire, arriération pédagogique sans débilité mentale, troubles du caractère ; se montre facilement irritable et boudeuse, allégation de faiblesse de la vue du côté gauche avec fond d'œil déclaré normal ; réactions biologiques de la syphilis toutes négatives dans le sang et le liquide céphalo-rachidien ».

L'interrogatoire nous révèle que cette malade met une mauvaise volonté évidente à répondre. Elle est très réticente.

Cet interrogatoire ne nous apprend d'ailleurs que l'histoire de la méningite cérébro-spinale, traitée par du sérum intrarachidien, et l'existence de crises épileptiques sur lesquelles la malade insiste très volontiers. Elle déclare se mettre quelquefois en colère, dit ne jamais frapper. Elle ne se trouve pas persécutée

et n'a jamais eu d'hallucinations d'aucune sorte. Interrogée sur ses tentatives de suicide, la malade déclare : « J'ai voulu m'empoisonner à la Pitié, c'est pour cela qu'on m'a envoyée à Sainte-Anne. J'ai pris vingt-quatre comprimés de Gardénal et j'ai été sans connaissance pendant dix-sept jours (1). J'ai essayé de m'étrangler plusieurs fois. Je n'arrêtais pas. Aussitôt que je trouvais quelque chose je recommençais. Je trouve que je ne mérite pas d'être internée ». Elle dit avoir de l'affection pour sa mère. Elle a deux frères et une sœur qui sont tous un peu nerveux, mais n'ont jamais eu de crise (d'après les déclarations de la mère).

A l'examen physique la malade déclare ne pas voir de l'œil gauche, la langue est trémulante, mais il n'y a pas d'autres tremblements. Les pupilles sont égales et réagissent bien, les rotuliens sont normaux.

Dès son arrivée dans le Service la malade se montre très difficile, impolie, grossière, méchante. Elle prétend qu'il est inutile qu'elle s'alimente, se montre triste, pleure par moments, déclare préférer la mort à un séjour à l'Asile. On est souvent obligé de la maintenir camisolée. Elle présente des tendances perverses très accusées. Se montre dissimulée et sournoise, et se révèle dans l'ensemble une véritable plaie pour le Service et un danger permanent.

Voici d'ailleurs quelques-unes des observations journalières prises à son sujet :

4 janvier : Détruit sa chemise, dit que si elle ne peut se détacher elle se servira des cordons pour s'étrangler.

5 janvier : Refuse de faire sa toilette et de se mettre au lit. Casse un carreau avec ses pieds, déchire son drap ; s'alimente peu ; pendant la nuit, chante et crie. Elle promet néanmoins d'être calme dans la journée pour éviter une piqûre.

7 janvier : Ce matin, ayant réussi à se détacher, a cassé deux carreaux avec sa tête.

10 janvier : Visite de sa sœur ; menace de casser des carreaux avec la tête ; déclare qu'elle absorbera du poison en sortant d'ici ; s'alimente, mais se fait vomir volontairement.

12 janvier : Refuse de s'alimenter ; voudrait toujours conserver la tête cachée sous les draps.

Pendant quelques jours on est obligé de l'alimenter à la sonde.

16 janvier : Réclame un morceau de verre pour se donner la mort.

19 janvier : Refuse de s'alimenter ; menace de casser des carreaux et de s'étrangler ; déchire sa chemise.

22 février : Se plaint du froid, pleure ; fait des menaces aux veilleuses ; dit qu'elle se mettra du pain dans les narines pour empêcher qu'on lui introduise la sonde.

27 février : Se montre calme et gaie ; s'occupe un peu à la couture.

14 mars : Ramasse un bout de verre dans la cour et déclare que c'est pour se faire du mal.

24 avril : On découvre un grand nombre de cordons qu'elle a cousus ensemble, tressés et cachés dans sa literie, soit, dit-elle, pour se tuer, soit pour aider une autre malade à se tuer.

25 avril : Refuse de s'alimenter ; violente colère après la visite médicale.

29 avril : Retire sa camisole et va la jeter dans les W.-C.

30 avril : Se détache ; insulte le personnel ; urine volontairement au lit.

Mai : Période assez calme ; travaille un peu.

10 juin : Se montre très malhonnête ; dit que si elle était dehors elle se ferait écraser par un train.

Début juillet : Quelques refus d'alimentation.

31 juillet : Fait une tentative de strangulation en se serrant le cou avec un drap. La nuit, a chanté et ri.

2 août : Voyant qu'elle est surveillée, insulte le personnel et se serre le cou avec ce qui se trouve sous sa main. Refuse de s'alimenter.

5 août : Refuse toujours de s'alimenter ; a eu deux alimentations artificielles qu'elle a vomies aussitôt volontairement.

6 août : Vomi volontairement ses alimentations.

16 août : Exige une chemise propre ; jette la sienne au milieu de la salle ; s'alimente normalement, puis se fait vomir.

28 août : Discute beaucoup ; déclare qu'elle ne cédera jamais.

5 septembre : Menace de ne plus manger si elle n'est pas détachée dans deux jours.

17 septembre : Menace de s'étrangler si on ne lui attache pas les pieds.

19 septembre : Dans la matinée se met un cordon autour du cou, sans aucun mal d'ailleurs.

22 octobre : Déchire sa chemise ; insulte le personnel ; se frappe la tête sur le lit et le mur.

30 octobre : Chante, discute, gâte volontairement au lit.

31 octobre : Trouve qu'elle n'est pas servie assez vite ; gâte volontairement au lit et refuse de s'alimenter.

Novembre : Alternatives de calme et d'agitation. Reste très perverse dans tous ses actes.

9 décembre : Chante, discute avec une autre malade ; ne trouve pas la nourriture à son goût et la vomit volontairement.

Fin décembre : Assez calme.

Janvier : Met le désordre dans le dortoir où elle est alitée. Jette sa soupe à la tête d'autres malades.

Février : Reste calme ; paraît faire des efforts pour se dominer.

A ce moment la famille de cette malade la réclamant avec insistance et étant donné son attitude un peu plus calme, la sortie est accordée avec le certificat suivant : « Est une jeune fille présentant des tendances perverses et à caractère très difficile ; a présenté de très nombreuses crises d'excitation, en partie volontaires, et des réactions pseudo-mélancoliques de nature perverse ; s'est montrée, depuis deux mois et demi, calme et docile, et a fait un effort sérieux pour se comporter convenablement. La mère de cette jeune fille réclamant sa mise en liberté avec insistance et s'engageant à la surveiller, j'estime qu'il y a lieu de mettre Mlle L... en liberté ».

OBSERVATION VI

(Asile de Clermont. Service du Docteur BESSIÈRE)

M. H... André, 17 ans, ébéniste ; entré à l'Asile de Clermont le 28 décembre 1936.

Le certificat d'internement, fait à l'Hôtel-Dieu de Paris, est ainsi conçu : « Arrivé dans le Service le 12 juillet 1936 à la suite d'une fugue consciente et mnésique faite hors de chez ses parents et au cours de laquelle il a fait une tentative de suicide (coup de revolver dans le bras gauche). Dépression constitutionnelle avec tristesse alternant avec des phases de légère excitation durant d'ailleurs peu de temps ; besoin d'isolement ; troubles du caractère avec suscep-

tibilité et impulsivité pathologiques ; refus de toute contrainte ou obéissance ; tendances dissimulatrices ; déclare ne pas vouloir retourner chez ses parents auprès desquels il se sent très mal à l'aise, sans qu'il en explique d'ailleurs la raison ; besoin intermittent d'attirer l'attention sur lui. Ce malade, dangereux pour lui-même, incapable d'être livré à lui-même, qui ne peut être remis dans le milieu familial, doit être placé dans un établissement spécial ».

M. H... est un garçon de bonne constitution, paraissant assez fort pour son âge, ne portant aucun signe extérieur de dégénérescence, si ce n'est un léger prognatisme de la mâchoire inférieure avec implantation vicieuse des dents. Il paraît assez intelligent, possède son certificat d'études et nous semble bien connaître les éléments de son métier.

Il nous apprend, qu'étant jeune, il aimait déjà taquiner ses camarades et même éprouvait un certain plaisir à leur faire du mal et à les faire pleurer. En classe, il apprenait bien, mais était très indiscipliné. Il raconte même certains détails : à plusieurs reprises il fit semblant de se trouver mal ou d'avoir des crises de nerfs, « pour ennuyer son instituteur », dit-il. A cette époque il se livrait déjà à l'onanisme, seul, et surtout avec d'autres camarades.

A l'atelier où il fit son apprentissage, il se montre tout de suite « mauvaise tête », querelleur, grossier. Plusieurs patrons le renvoient successivement. Il aurait même commis quelques larcins à la campagne, où ses parents demeuraient. Vis-à-vis de ces derniers, il s'est toujours montré peu affectueux. Il se disputait fréquemment avec son père, qu'il paraît détester, et il lui est même arrivé de battre sa mère.

Interrogé sur ce qui l'amène à l'Asile, il nous raconte sa fugue qu'il avait préparée pendant quinze

jours. Quant à sa tentative de suicide, il l'a faite, dit-il, afin que l'on s'occupe un peu de lui. Il n'avait pas du tout envie de mourir (d'ailleurs son unique blessure au bras nous le prouve), mais, dit-il, « comme on ne m'arrêtait pas, il a fallu que je fasse quelque chose de plus grave ».

Dès son arrivée dans le Service, il se montre très buté, grossier, menaçant même. Dès les premiers jours, à plusieurs reprises, il jette sa soupe à la figure des infirmiers qui le servent. On l'alite pour permettre une meilleure surveillance. Il déchire sa chemise, ses draps, et se met les lambeaux d'étoffe dans la gorge.

A la suite de ces actes, il déclare : « Comme cela, on sera bien obligé de s'occuper de moi ». Ayant vu alimenter à la sonde d'autres malades, il refuse lui-même de s'alimenter. « Il veut donner du travail à l'interne », dit-il. Ce refus d'aliments n'est d'ailleurs que passager.

A la suite d'une période de calme, il se lève et s'entretient assez amicalement avec d'autres malades, jouant aux cartes et lisant les journaux. Un jour, pendant la visite, au passage du médecin, il lui crache à la figure et le menace de mort. Puis, voyant que la visite continue sans qu'on s'occupe spécialement de lui, il se précipite, brise un carreau avec un poing et tente de se taillader le poignet. Pendant son pansement ne cesse d'injurier l'interne, arrache ce pansement dès qu'il est terminé. On est obligé de le maintenir.

Depuis cette tentative, il est assez calme, reste cependant sournois et buté, mais n'a pas donné lieu à observations spéciales.

OBSERVATION VII

(Asile de Clermont. Service du Docteur BESSIÈRE)

Mlle S... Camille, 21 ans ; entre à l'Asile de Clermont pour tentatives de suicide.

C'est une grande fille, à la physionomie animée, intelligente, répondant fort bien aux questions. Elle a reçu une bonne éducation et son instruction paraît assez développée.

Nous avons pu recueillir sur ses antécédents héréditaires des renseignements assez complets. Son grand-père paternel était mal équilibré, il portait des jugements faux sur tout. Il était joueur et de très grande prodigalité. De plus il se livrait à l'ivrognerie. Le père est peu intelligent et est resté à peu près incapable de gagner sa vie en travaillant normalement. Il paraît insouciant de l'avenir de ses enfants, et en plus de cela demeure entêté, n'agissant que suivant son bon plaisir. La mère est très nerveuse, très impressionnable. Elle se rappelle avoir eu, étant jeune, des « crises de nerfs », probablement d'origine pithiatique. Un frère est mort-né, deux autres frères sont vivants, un à peu près normal, l'autre ayant fait des convulsions dans l'enfance.

Cette malade, depuis très longtemps, est mal équilibrée. Elle a cependant reçu une instruction assez complète. Elle était, paraît-il, très intelligente et apprenait très facilement. D'abord supportable, son comportement devint bientôt intolérable : elle est arrogante et grossière, très irritable. Elle commence à proférer des menaces contre ses parents : elle insulte sa mère, qu'elle déteste, ne voulant plus supporter la moindre observation. Dans un de ses emportements elle se jette sur son père pour le tuer.

Placée dans une pension à la campagne, elle noue des relations avec une compagne ; elles se livrent à des attouchements mutuels fréquemment réitérés. Puis elle fait la connaissance d'un individu sortant de prison et se livre à lui. Au bout d'un certain temps ses parents apprennent ce qui se passe et reprennent leur fille chez eux. A cette époque elle fait une tentative d'empoisonnement en prenant de la teinture d'iode, parce que sa mère voulait prendre à son service une personne capable de la surveiller ; mais ce n'était qu'une supercherie, elle n'avait pas envie de mourir et avait pris ses précautions pour qu'on pût lui porter secours immédiatement.

Pendant quelque temps elle s'amende un peu et bientôt accouche d'un enfant difforme qui meurt au passage. A la suite de cet accouchement elle redevient intolérable. Elle vole 500 francs à son père et s'enfuit de la maison familiale. Cette fugue dure quinze jours. Elle revient plus grossière et plus menaçante que jamais, se vantant à sa famille de s'être vendue au premier venu.

Quinze jours après le retour de cette fugue, elle fait une nouvelle tentative de suicide en absorbant du Gardénal. Cependant, cette fois encore, la simulation est évidente, et la malade, après l'absorption du toxique, croyant que les secours n'arrivaient pas assez vite, se fait vomir elle-même.

A la suite de cette tentative, ses parents l'amènent à l'Asile où elle est admise avec le certificat suivant : « Est atteinte de déséquilibre psychique avec perversions instinctives multiples et troubles du caractère. Dégénérescence mentale due à une lourde hérédité morbide. Deux tentatives de suicide simulées, réactions pseudo-mélancoliques, menaces fréquentes de mort contre ses parents ».

Au début de son internement, elle paraît manifester un certain repentir de ses actes. Elle travaille un peu et semble vouloir s'amender. Puis, au bout de quelque temps, progressivement, elle redevient grossière, insulte le personnel, le menace et trouble considérablement le service. A quelque temps de là, à la suite d'une violente colère, elle casse un carreau, en ramasse quelques éclats et se taillade la poitrine. Les blessures qu'elle se fait ne sont d'ailleurs pas graves. Les jours suivants, elle refuse de s'alimenter. Peu à peu cette sorte de surexcitation se calme, et pendant quelques mois la malade se montre paisible et docile, ne manifestant qu'à intervalles très éloignés ses tendances perverses.

Ses parents, demandant sa sortie et s'engageant à la reprendre chez eux, la malade quitte l'Asile et est perdue de vue.

Ces quelques observations vont nous permettre d'essayer d'établir un bilan très bref de ces différentes variétés de réactions pseudo-mélancoliques des pervers. Tout d'abord nous avons pu constater que ces réactions ont un caractère très polymorphe. Nous avons, en effet, trouvé :

1° des tentatives de suicide : ce sont les réactions le plus fréquemment observées ;

2° des automutilations ;

3° des refus d'aliments : réactions également fréquentes et possédant une sorte de variété : l'usage de poisons ;

4° des modifications de la mimique, de l'humeur et du comportement : pleurs, isolement, mutisme, tendances hypocondriaques.

Il ressort, en quelque sorte, de cet ensemble de faits que, par elles-mêmes, ces réactions ne diffèrent en rien de celles des vrais mélancoliques et des anxieux. Cependant, en essayant d'en définir le mécanisme psychologique, nous allons tâcher d'en dégager la profonde dissemblance, tant au point de vue étiologie qu'au point de vue prophylaxie.

CHAPITRE IV

MECANISME PSYCHOLOGIQUE

L'étude synthétique des différentes réactions que nous venons de décrire nous conduit à essayer d'envisager un certain point de vue qui, croyons-nous, doit retenir l'intérêt : c'est l'étude du mécanisme psychologique de ces réactions.

Evidemment, toutes ces réactions sont la signature d'une déséquilibration psychique profonde, déséquilibre qui, chez le pervers, atteint à peu près toutes les fonctions morales, mais peut cependant posséder quelques caractères plus ou moins marqués de prédominance. Et ainsi, de par cette déséquilibration psychique, va se trouver réalisée l'inversion des instincts.

En effet, la perversion n'est réalisée, dans toute l'acception du mot, que par l'apparition et le développement, à la place de l'instinct normal, de tendances contraires et de sens nettement opposés, elle est réalisée par l'inversion des penchants normaux. Dans le cas d'agénésie affective et morale simple, l'être peut rester neutre, sans orientation hostile vis-à-vis de ses semblables. Dans sa passivité indifférente, il sera toujours dirigé par son intérêt personnel, plus ou moins mal entendu, il sera prêt à tous les entraînements et capable de toutes les complicités. Dans le cas d'inversion affective et morale, le véritable pervers est poussé par des tendances mauvaises à des réactions, non seulement égoïstes, mais franchement agressives et dan-

gereuses contre autrui ou même contre lui-même ; dans son activité maligne, dans son appétit du mal pour le mal, il sera toujours entraîné, souvent même contre son intérêt personnel évident, à des attentats variés dirigés aussi bien contre autrui que contre sa propre personne.

Le premier mécanisme qui apparaît dans les réactions mélancoliques du pervers est donc ce que l'on peut appeler la perversion de l'instinct de conservation, la perversion de l'instinct vital.

L'instinct de conservation comprend, en dehors des instincts de nutrition et de propriété, la tendance au développement et à l'extension de l'individu. C'est cette dernière tendance, essentiellement expansive, qu'on peut désigner sous le nom de sentiment de la personnalité. Ce sentiment, en vertu duquel l'individu cherche à s'affirmer et à rayonner par son activité au milieu de ses semblables, peut revêtir les formes les plus variées et s'orienter dans les directions les plus diverses. Il peut également présenter tous les degrés d'intensité.

L'absence ou l'insuffisance excessive de ce sentiment s'observe sous forme anormale et nuisible à l'individu, chez les sujets timides, scrupuleux, hésitants, incapables d'initiative, convaincus de leur infériorité, de leur impuissance, et qui apparaissent comme des individus humbles, effacés et passifs. Sur ce terrain de dépression morale constitutionnelle, peuvent se développer nombre de syndromes : les doutes morbides, les aboulies, les sentiments d'auto-dépréciation, de renoncement, de sacrifice, les tendances à l'auto-accusation et à toutes les formes des états mélancoliques.

Cependant, il faut remarquer que la tendance au suicide, forme extrême de perversion de l'instinct de conservation, est relativement rare. D'autre part,

ce suicide est essentiellement héréditaire, familial, dégagé d'obsession anxieuse véritable. Il pousse certains sujets à se tuer sous les influences les plus futiles et les plus variées. On peut considérer que chez ces sujets l'acte du suicide est une simple réaction impulsive d'un être chez qui ne s'est pas développé l'instinct de conservation.

Si ce que nous venons d'appeler perversion de l'instinct vital peut être la cause, chez certains déséquilibrés, de réaction morbide à type de suicide ou même d'auto-mutilation, il n'en reste pas moins que ces cas sont peu fréquents et se présentent dans des conditions assez bien déterminées. Or, l'étude détaillée de nos observations cliniques nous permet de constater que ces réactions ne semblent pas guidées ou provoquées par cette simple perversion de l'instinct de conservation. A notre avis, il nous semble que le mécanisme psychologique en doive être plus complexe. Peut-être existe-t-il un fond de diminution de l'instinct vital, mais cet appoint est léger. Ce qui ressort avant tout de l'observation clinique et de l'étude psychologique, c'est le facteur « malignité perverse ». En effet, si le pervers tente une réaction de suicide, c'est surtout, et l'expérience le confirme, pour causer des ennuis à son entourage, pour faire redoubler autour de lui une surveillance déjà très active, pour obliger, en un mot, à ce qu'on s'occupe de lui. Un second sentiment se mêle d'ailleurs au premier, c'est la vanité du pervers. Cette vanité, qui fait que le pervers désire se faire surestimer aussi bien au point de vue « mal » qu'au point de vue « bien ». Le pervers, par une réaction violente, veut faire naître dans l'esprit de son entourage, un sentiment d'admiration pour son courage, pour son mépris de la mort et de la souffrance. Il veut également qu'on s'occupe beaucoup de lui, cela ressort de très nombreuses observations ;

qu'on le considère comme un malade important, grave. Cette vanité est également très bien mise en évidence dans la réaction auto-mutilatrice. On retrouve là une sorte de variété de la « vanité mythopathique » décrite par DUPRÉ. Les pervers n'hésitent pas à pratiquer sur eux les mutilations les plus variées, qu'ils exhibent à l'entourage, au personnel infirmier, au médecin, essayant ainsi de prouver leur courage, et heureux, par la même occasion, d'attirer l'attention et de provoquer des soins. De plus, leur attitude à la suite de ces attentats sur eux-mêmes, ne laisse subsister aucun doute sur leur intention mauvaise et maligne : pour donner un surcroît de travail, pour nécessiter de plus grands soins, ils n'hésitent pas à arracher leur pansement, à infecter leurs plaies.

Le refus d'aliments provient d'un même mécanisme. Le pervers tient d'une part à prouver que la sonde œsophagienne, que l'alimentation artificielle, sous quelque forme qu'on lui administre, ne lui cause aucune crainte malgré tout son désagrément et, d'autre part, il est heureux d'imposer au médecin ou à l'interne l'obligation du sondage quotidien, le surchargeant ainsi dans son service médical. D'ailleurs, bien souvent, il apporte une preuve nouvelle de sa malignité dans cet acte complémentaire : le vomissement volontaire de l'alimentation reçue.

Dans toutes ces réactions, très souvent le pervers fait preuve d'une certaine habileté d'exécution, mais cependant il ne faudrait pas exagérer cette habileté. En réalité, il y a toujours, dans les délits du pervers, un défaut manifeste de jugement ou même de bon sens. Il manque toujours d'esprit de suite et de sens critique. Tous ses actes ont un élément typique de bizarrerie et de fantaisie, marqué en particulier par le désaccord entre le risque et le profit. Une fois dé-

clenchés, ils ne savent pas s'arrêter devant la perspective de l'insuccès certain, et c'est dans une certaine mesure ce qui contribue au danger des réactions pseudo-mélancoliques.

En effet, d'une manière générale, dans toutes ses réactions, le pervers reste prudent et tâche de sauvegarder, autant que faire se peut, ses propres intérêts. Les réactions restent le plus souvent bénignes et sans lendemain. Cependant, il ne faudrait pas croire à la trop grande innocuité des attentats. Si la plupart restent sans conséquence durable, certains peuvent présenter un caractère de très grande gravité et même aller jusqu'à la mort. C'est que le pervers, au moment de ses réactions, se trouve soumis presque entièrement à son impulsivité foncière, et par là ne se trouve plus entièrement maître de la portée de ses actes. C'est dans ces cas que l'on comprend la gravité des troubles du comportement instinctivo-moteur. En effet, emporté par tout son élan impulsif, bien souvent il ne s'arrêtera pas à temps dans sa tentative auto-meurtrière, si une main étrangère n'intervient pas. Nous nous trouverons devant le paradoxe suivant : un suicide aura été consommé par un pervers sans que ce dernier l'ait voulu et n'ait désiré la mort d'une manière quelconque. Sa volonté aura été dépassée par son impulsivité. C'est d'ailleurs cela qui rend très dangereuses les réactions pseudo-mélancoliques des pervers. De même dans les refus d'aliments, à cause même de son entêtement à vouloir la sonde œsophagienne, à vomir volontairement ses alimentations, le pervers va tomber progressivement dans un état digestif déplorable et lentement va sombrer dans la véritable anorexie mentale.

Ces quelques considérations nous permettent de comprendre pourquoi ces réactions primitivement bé-

nignes dans leur intention, primitivement actes de bravade et de défi, ne doivent pas être considérées comme inoffensives dans leur exécution. Le pervers doit être soumis à une constante surveillance et, comme il ne s'y prête guère, il devient un véritable fléau d'un service hospitalier.

D'ailleurs, d'autres raisons, et non moins graves, le font considérer comme tel. Dans toutes ses réactions il est un élément important qui intervient encore : c'est la contagion. Il existe, en effet, chez ces malades, une sorte de psychose de contagion, qui fait que, si dans un service quelconque il se produit une tentative de suicide, un refus d'aliments, il est à peu près certain que l'exemple sera suivi par d'autres malades. Ceux-ci pourront d'ailleurs être atteints d'une psychose quelconque, la contagion jouera. Mais où évidemment les effets se montreront les plus désastreux, c'est lorsque, dans un même service, dans une même salle, se trouveront réunis plusieurs pervers. Alors s'établira une sorte d'émulation à faire le mal, une sorte de rivalité entre les pervers, à qui se montrera le plus insupportable, qui commettra le plus d'actes mauvais et délictueux.

Ce caractère de contagion ajoute encore, s'il en est besoin, un trait de plus à l'antisociabilité du pervers. En effet, ce dernier se rend très bien compte de l'effet funeste aux autres malades, produit par sa conduite. Ainsi, par malignité, il accumulera des tentatives de suicide, les refus d'aliments, les auto-mutilations, trop heureux de provoquer, s'il le peut, une sorte de contagion du vice. Il est absolument exact de dire que le pervers porte en lui tous les anciens péchés capitaux des Pères de l'Eglise catholique, avec le mensonge en plus.

Cependant, il n'en faudrait pas conclure qu'une

psychose perverse et une psychose périodique ne puissent se trouver réunies chez un même sujet. Et, évidemment, l'établissement de ce diagnostic est de première importance. Il serait malencontreux et même désastreux de traiter un périodique de la même manière qu'un pervers. Il existe toutefois assez de points différents, soit dans la marche des réactions, soit dans l'évolution globale des deux affections. En effet, si dans les deux cas le sujet présente des alternatives d'excitation et de dépression, d'un côté le pervers est enclin à la paresse, au mensonge, à la débauche, à la malignité, alors que, de l'autre côté, le périodique mène une vie de travail assidu et de conduite régulière. D'autre part, si le même sujet présente à la fois perversions instinctives et psychose périodique, l'existence de cette affection surajoutée pourra encore facilement être mise en évidence. C'est d'ailleurs là que nous seront précieuses les réactions concomitantes du sujet. A la base de chaque réaction pseudo-mélancolique d'un pervers, nous allons retrouver une cause évidente quelconque, plus ou moins futile, que nous avons essayée de mettre en évidence dans nos diverses observations : jalousie, haine contre telle ou telle personne du personnel, contre le médecin ; dépit de ne pas être pris au sérieux, désir d'occuper un personnel nombreux. Si nous nous trouvons en présence d'un pervers présentant des accidents périodiques mélancoliques, les réactions surviendront brusquement et sans cause connue, les soins attentifs n'amoindriront en rien l'intensité de la crise dépressive ; nous pourrions noter l'existence plus ou moins masquée de la douleur morale, pathognomonique en quelque sorte des états mélancoliques anxieux. Enfin, nous n'aurons pas ces réactions, pratiquées sous les yeux des surveillants et presque uniquement sous leurs yeux

parce qu'ils s'occupent du malade, réactions qui désignent du doigt, pourrait-on dire, la perversité de la réaction et non un désir profond de mourir ou de souffrir.

Il ressort donc de toutes ces considérations, d'ordre évidemment plus psychologique que psychiatrique, que devant de telles réactions nous constatons une dissemblance complète dans leur étiologie entre celle des pervers instinctifs et celle des mélancoliques. Les réactions perverses ne proviennent que d'un trouble du comportement et de l'équilibre psychique, signes plutôt d'un état d'impulsivité foncière, de malignité et de vanité et n'ont pas les causes profondes des réactions mélancoliques. Par cela même, elles nous présentent un caractère en quelque sorte artificiel et n'offrent, au point de vue prophylactique et thérapeutique, qu'une seule solution possible : la prophylaxie générale de la perversité.

CHAPITRE V

CONSIDERATIONS MEDICO-LEGALES

Le problème de la protection de la société contre les amoraux pervers est loin d'être résolu.

Les pervers instinctifs ne sont justiciables ni de la prison, ni de l'asile. Sortis de prison, où ils accumulent les griefs, les désirs de représailles et la soif de jouissances, ils récidivent immédiatement et constituent un danger social certain dans l'intervalle de leurs incarcérations. A l'asile, ils briment les autres malades, fomentent des complots et des évasions, amènent avec eux les risques très grands de la contagion du vice. Les tribunaux et parfois même les médecins, peu habitués à ce genre de malades, les font sortir trop facilement.

Dès 1905, GARNIER avait demandé la création d'asiles-prisons, d'asiles de sûreté pour anormaux dangereux, psychopathes vicieux et débiles difficiles.

En Belgique, on annexe ces quartiers spéciaux aux prisons.

En France, on a créé des quartiers spéciaux dans les asiles des grands centres (Villejuif et Hoerdt).

Certains médecins légistes, enfin, préconisent l'installation d'établissements distincts des prisons, des asiles, où ces sujets seraient placés en vue d'un « traitement pénal » pour une durée indéterminée, qui seraient à la fois école, atelier, hôpital, colonie de travail, asile de sûreté, selon les cas, permettant le

maximum de traitements, de correction ou d'utilisation.

En fait, à l'heure actuelle, beaucoup de ces malades sont à l'asile. Et nous avons pu constater par nous-mêmes combien c'est loin d'être leur place. Nous l'avons déjà dit et nous ne pouvons que le répéter : « ces pervers, à l'asile, deviennent de véritables fléaux des services ». En effet, pour tous les aliénistes, il est entendu que pour des raisons bien connues et souvent exposées l'asile ordinaire peut difficilement réaliser les conditions nécessaires et convient très mal à ce genre de malades.

D'autre part, la prison, même avec l'application des peines de longue durée, s'est montrée incapable de défendre la société. Elle n'a jamais empêché une récidive de ces pervers. Plus les emprisonnements se multiplient, plus leur action s'émousse, et l'expert désabusé finit souvent par faire interner le malade.

La sanction pénale porte, dans son principe même, des défauts qui ne lui permettent pas de réaliser ce qu'on attend d'elle. Elle n'assure la protection de la société que pour un temps strictement limité. Le Code pénal ne permet pas de graduer la peine d'après cette nocivité et de rechercher le critérium d'intimidation, variable avec chaque cas. Au terme de sa détention, l'inculpé est automatiquement libéré, même s'il est notoirement dangereux. La sanction pénale ne serait efficace que si elle était indéterminée et individualisée. C'est une réforme demandée par plusieurs juristes, mais qui bouleverserait à ce point les conceptions pénales actuelles qu'elle n'est certes pas sur le point d'être accomplie.

En exergue de la loi belge, VERVAECK a écrit :
« Cette loi est basée sur cette constatation psychiatri-

que que la prison n'est pas de nature à améliorer l'état de l'anormal pervers ».

Par contre, l'établissement psychiatrique de sûreté, à la condition de bénéficier d'une législation ou d'une jurisprudence appropriée, est le seul endroit où l'on puisse réaliser la privation de liberté de durée indéterminée, proportionnée à la nocivité du pervers. Elle permet de ne le libérer que lorsque les chances de récidive paraissent très atténuées, après de multiples examens mentaux. Par cette indétermination de l'internement, l'asile de sûreté remplit beaucoup mieux que la prison le rôle intimidateur que l'on veut tenter. C'est là, actuellement, un fait expérimental incontestable. Tous les médecins d'asiles de sûreté sont unanimes à ce sujet, et peuvent citer des exemples, qui ne prouvent pas, il faut bien le dire, que cette intimidation ait empêché les récidives. Ce que l'on constate, c'est qu'après leur libération ces malades n'ont qu'un but : c'est d'éviter un nouvel internement, qu'ils savent pouvoir être de durée indéfinie. S'ils commettent un nouveau délit, ce qui arrive, ils se gardent bien de faire valoir auprès des juges leurs tares mentales ; et leurs avocats suivent cet exemple : « L'application de la loi belge, écrit VERVAECK, n'a nullement affaibli la répression pénale, elle tend plutôt à renforcer cette répression par la durée indéterminée de la peine ». C'est là un point essentiel à souligner, à l'usage de ceux qui craignaient de voir l'internement énerver la répression.

Sans verser dans une sentimentalité exagérée, il faut reconnaître aussi que la Société n'a pas que des droits à l'égard de ces malades, elle a aussi des devoirs. Il est nettement abusif qu'elle ne s'intéresse à eux que pour les mettre en prison, sans avoir essayé de prévenir ou d'amender leur nocivité par des moyens

médico-pédagogiques qui seuls, peuvent avoir une action efficace. Il faut que l'établissement de détention ait des aptitudes thérapeutiques et réformatrices. On semble ne connaître comme méthode d'amendement que les mesures négatives d'intimidation, alors qu'il existe des méthodes positives autrement utiles à tenter. Sans doute les succès ne sont pas très nombreux, mais il en est d'indiscutables, confirmés par tous les médecins d'asiles de sûreté. Dans des cas plus fréquents, une amélioration très appréciable a été obtenue, permettant d'accorder à ces malades une liberté relative sous une autorité vigilante. L'excellente méthode de discipline et de réadaptation sociale par le travail adapté aux aptitudes individuelles, a donné de bons résultats.

Les succès obtenus et même la simple nécessité de sélectionner les sujets amendables, imposent un essai de traitement physique et psychique, dont il est impossible d'affirmer *à priori* l'inutilité.

Il est bien évident qu'un établissement psychiatrique seul peut réaliser, sous une direction médicale, ces méthodes d'examen et de traitement qui doivent s'adapter à chaque cas.

La prison est incapable de réunir de pareilles conditions. Non seulement elle ne peut pas améliorer le pervers mais plus souvent encore elle aggrave ses perversions par les promiscuités fâcheuses qu'il y rencontre, et elle l'empêche de trouver du travail à la sortie par la flétrissure définitive qu'elle lui inflige. La prison est aussi néfaste pour le pervers adulte que la maison de correction pour l'enfant. Ces maisons de correction d'ailleurs, à la suite de récentes campagnes actuellement encore poursuivies, sont peu à peu en voie de disparition.

Quant à l'asile ordinaire, il est bien évident qu'il ne

répond pas du tout aux nécessités qu'imposent l'isolement et la prophylaxie sociale du pervers. Ce dernier trouve mêlé aux autres aliénés, délirants, agités, hallucinés, ce qui est loin de l'améliorer, mais encore peut dans certains cas, jouer un rôle de contagion mentale. D'autre part, la seule thérapeutique qui puisse s'appliquer utilement dans tous les cas aux pervers, la thérapeutique par le travail ou l'occupation, tel que l'a bien définie le Docteur Tissor dans une récente thèse, est difficilement applicable à l'asile d'aliénés, où souvent les conditions de surveillance de ces malades très difficiles seront insuffisantes.

En présence de toutes ces raisons, aussi bien théoriques que pratiques, il est difficile de ne pas prendre parti pour l'établissement psychiatrique de sûreté contre la prison et même contre l'asile d'aliénés. La plupart des aliénistes en France, et notamment les experts, sont partisans de l'asile de sûreté. C'est l'idéal vers lequel tendent ceux-là mêmes qui préconisent des sanctions pénales dénuées de toute indulgence.

L'asile psychiatrique de sûreté fera faire un très grand pas dans la voie thérapeutique et prophylactique de la perversité, dont le traitement médical et social se révèle actuellement si difficile et si décevant.

CONCLUSIONS

De ce court travail, il ressort en résumé, que l'on rencontre chez des sujets atteints de perversions instinctives des réactions à type mélancolique.

Malgré leur apparence, ces réactions ne présentent rien de commun avec celles qui sont engendrées par la mélancolie anxieuse ou les états dépressifs. Elles ne sont que la manifestation un peu particulière, il est vrai, d'un déséquilibre psychique profond, atteignant, en même temps, l'ensemble des tendances instinctives de l'individu.

Leur mécanisme psychologique est donc en tous points différent de celui de la mélancolie et ne dépend que de l'état mental particulier du pervers. Sur un appoint de perversion de l'instinct de conservation, on y reconnaît les éléments constitutionnels de la malignité et de la vanité perverses.

La place des malades présentant de telles réactions, ainsi d'ailleurs que celle des autres pervers quels qu'ils soient, n'est donc pas à l'asile d'aliénés. Ils y engendrent maints troubles et, conséquence plus grave, le risque de la contagion. Comme d'autre part, le traitement asilaire de ces malades reste dans la plupart des cas sans grand effet, du moins jusqu'à l'heure actuelle, le risque couru dans leur placement à l'asile dépasse de beaucoup les chances offertes de rééducation et de réadaptation.

Le seul traitement qui subsiste et qui doit leur être appliqué est donc avant tout l'isolement et leur place-

ment dans des établissements spéciaux, du genre « asile de sûreté » où, si les chances d'amélioration et de réadaptation sociale restent bien aléatoires, du moins leur influence néfaste sera en grande partie détournée et même annihilée.

Vu :

LE DOYEN,
ROUSSY.

Vu :

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
LAIGNEU-LAVASTINE.

Vu et permis d'imprimer :

LE RECTEUR DE L'ACADÉMIE DE PARIS,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ABELY (P.). — L'internement des pervers constitutionnels. *Annales médico-psychologiques*, février 1934.
- ABELY (P.) et NODET. — Un cas de perversion constitutionnelle. *Annales médico-psychologiques*, février 1934. *Société médico-psychologique*, 8 février 1934.
- ADLER. — Le tempérament nerveux.
- BALLET (Gilbert). — Traité de pathologie mentale.
- BARBEAUX. — Suicide chez l'enfant. *Thèse*, 1910.
- BENON (R.). — Code pénal. Perversité. Récidivisme. Maison de travail et de réadaptation. *Société de Médecine légale*, 14 janvier 1935. In *Annales de Médecine légale*, février 1935.
- Perversité. Syphilis. Responsabilité. *Paris Médical*, novembre 1934.
- Asthénie chronique et perversité. *Annales de Médecine légale*, octobre 1933.
- Perversité et psychiatrie. *La Clinique*, 1933.
- BINET. — Idées modernes sur les enfants, 1910.
- BLONDEL. — Les auto-mutilateurs.
- BONHOMME. — Etude des aliénés vicieux. *Thèse*, Montpellier 1910.
- BRIÈRE DE BOISMOND. — Du suicide et de la folie suicide, 1856.
- CHARPENTIER. — Les folies du caractère. *Annales médico-psychologiques*, 1893.
- COURJON. — Etudes sémiologiques sur les débiles moraux à réactions anti-sociales. *Thèse*, Paris 1908.
- COURJON et GRANDVILLERS. — L'enfance anormale.
- DAGONET. — Traité des maladies mentales, Paris 1894.
- DELMAS (Achille). — Perversités et perversions émotives. *XI^e Congrès belge de neurologie et psychiatrie*, Gand, septembre 1932. In *L'Encéphale*, décembre 1932.

- DUBUISSON et VIGOUROUX. — Responsabilité pénale et folie, 1911.
- DUPRÉ. — Les perversions instinctives. *Congrès de Tunis*, 1912.
- DURKHEIM. — Le suicide, 1912.
- ESQUIROL. — Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris 1838.
- FALRET. — La folie morale ou folie raisonnante, 1866.
- FOVEAU DE COURMELLES. — Les cruautés inconscientes. *Courrier Médical*, mai 1936.
- GUIRAUD (P.). — Constitution perverse ou héboïdophrénie. *Société de Clinique de Médecine mentale*, 1927.
- GUYAN. — Education et hérédité, Paris 1895.
- HAVELOCK (ELLIS). — Etude de psychologie sexuelle.
- HEUYER. — Enfants anormaux et délinquants juvéniles, 1914.
- KRAFFT-EBING. — Traité clinique de psychiatrie, Paris 1897.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pratique psychiatrique.
- LAUPS. — Perversion et perversité sexuelles, 1896.
- LEGRAIN. — Du délire chez les dégénérés, Paris 1886.
- LOMBROSO. — L'homme criminel, Paris 1887.
- MAGNAN. — Leçons cliniques sur les maladies mentales, Paris 1893.
- MAIRET et EUZIÈRE. — Invalides moraux, Montpellier 1910.
- MANDSLEY. — Le crime et la folie.
- MARNIER. — Les perversions instinctives. *Thèse de Paris*, 1912.
- MOLL. — Les perversions de l'instinct génital, 1893.
- MOREAU (de Tours). — La folie chez les enfants, 1888.
- POTET. — Notes sur les psychopathes frustes dits « pervers instinctifs ». *Congrès des médecins aliénistes et neurologistes de France et des pays de langue française*, 37^e session, Rabat, avril 1933. In *Annales médico-psychologiques*, mai 1933.
- PRICHARD. — Treatise on insanity and others disorders affecting the mind, London 1835.
- PROAL. — L'éducation et le suicide des enfants.
- RAVIART et LORTHOIS. — L'auto-mutilation. *Echo Médical du Nord*, 1910.
- ROBIN. — Les pervers. Evolution psychiatrique, 1934.

SCHUTZENBERGER. — Le vol chez l'enfant, 1921.

TASTEVIN. — Les perversions instinctives. *Revue des Sciences psychologiques*, 1913.

TRELAT. — La folie lucide, Paris 1861.

WALLON. — L'enfant turbulent, 1925.

ZOVRAQUIN et CERESA. — Contribution à l'étude de la constitution perverse. Brûlures par le phosphore blanc par attentat criminel. *La Prensa Médica Argentina*, mars 1933.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
<i>Chapitre premier</i> : Considérations générales sur la perversité et les perversions instinctives.....	13
<i>Chapitre II</i> : Modalités réactionnelles des pervers.....	17
<i>Chapitre III</i> : Observations cliniques.....	21
<i>Chapitre IV</i> : Mécanisme psychologique.....	49
<i>Chapitre V</i> : Considérations médico-légales.....	57
CONCLUSIONS	63
BIBLIOGRAPHIE	65

